

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. med. Charlotte Jacobi & Mitarbeiter*Innen

Hartwigstraße 2, 27574 Bremerhaven, Tel.: 0471 3082755, Fax: 0471 3082766, E-Mail: info@kjp-bremerhaven.de

Aus Kapazitätsgründen können wir Anmeldungen NUR aus BREMERHAVEN und den umliegenden Gemeinden: LOXSTEDT und SCHIFFDORF annehmen.



Lfd. Nummer (Bestellbuch)
EPIKUR-Nr.

1. Patient/Patientin
Name: **Vorname:** **Geb.-Datum:**
Anschrift: **PLZ:** **Wohnort:** **Telefon:**
Mobil-Nr.: **E-Mail:**

2a. <input type="checkbox"/> Kindesmutter Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Nationalität: Muttersprache: Seit: <input type="checkbox"/> verh./ <input type="checkbox"/> ledig/ <input type="checkbox"/> geschied./ <input type="checkbox"/> getr.lebend	2b. <input type="checkbox"/> Stiefmutter/ <input type="checkbox"/> Pflegemutter/ <input type="checkbox"/> Adoptivmutter/ <input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Telefon:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3a. <input type="checkbox"/> Kindesvater Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Nationalität: Muttersprache: Seit: <input type="checkbox"/> verh./ <input type="checkbox"/> ledig/ <input type="checkbox"/> geschied./ <input type="checkbox"/> getr.lebend	3b. <input type="checkbox"/> Stiefvater/ <input type="checkbox"/> Pflegevater/ <input type="checkbox"/> Adoptivvater/ <input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Telefon:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Geschwister mit Geburtsdatum (L=leiblich, H=Halb-, S=Stief-)

1. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S	3. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S
2. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S	4. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S
	5. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S

5a. Über wen ist das Kind versichert? **Sorgerecht:**
 5b. Bei welcher Krankenkasse?

6a. Wer meldet an?
 6b. Von wem kam die Empfehlung?

7. Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt?

8a. Auf welche Schule / in welchen Kindergarten geht das Kind?
 8b. In welche Klasse? 8c. Wer ist Klassenlehrer/in?
 8d. Aktuelle Klasse/Schuljahr:

9. Welche Auffälligkeiten führen zur Vorstellung hier und seit wann bestehen die Auffälligkeiten?

Eine Behandlung: **findet aktuell statt (1)** **hat stattgefunden (2)** **ist geplant (3)**
(betreffende Zahl bitte in das Kästchen unten eintragen)

<input type="checkbox"/> ARCHE KLINIK	<input type="checkbox"/> Institutsambulanz Brake, Cuxhaven oder Ganderkesee	<input type="checkbox"/> MVZ Geestland
<input type="checkbox"/> Praxis Dr. Timmermann, Sozialpsychiatrisches Zentrum HB / Oldenburg	Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Logopädie / Ergotherapie / Physiotherapie?	Wann?	

Bitte senden Sie das Anmeldeformular an folgende E-Mail-Adresse: anmeldung@kjp-bremerhaven.de
Nach Eingang der Anmeldung erfolgt ein kurzes Planungsgespräch mit Frau Dr. Jacobi für die weitere Einschätzung / Empfehlung. Termine und Anmeldemöglichkeit hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter www.kjp-bremerhaen.de

Anmeldung eingegangen, Datum: Sekretariat: